

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 7 Farmaceutica
Centro Regionale di Farmacovigilanza

Prot. n. 35231

del 20.04.2016

Oggetto: Modifica scheda prescrizione medicinali biologici di cui alla categoria ATC **A10AE**

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
Ai Servizi di Farmacia delle Aziende Sanitarie
All'AIOP
Agli Ordini Provinciali dei Medici
A Federfarma
Ad Assofarm
LORO SEDI

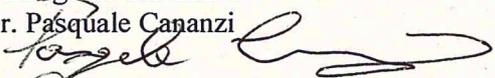
Pervengono allo scrivente Ufficio richieste di chiarimenti in riferimento alla compilazione, nell'ambito della categoria ATC A10AE, della scheda allegata al D.A. 540/14.

Pertanto, al fine di consentire una corretta riconducibilità del clinico prescrittore, la scheda è integrata con i campi "MMG" e "PLS".

Inoltre, si precisa che il prescrittore, nel caso in cui ha biffato il campo "Prosecuzione del Trattamento", non dovrà apporre la motivazione.

Si allega il modello di scheda modificato ed integrato secondo quanto sopra esposto e si ribadisce che lo stesso, debitamente compilato, deve essere allegato alla ricetta SSN ai fini della dispensazione.

Il Dirigente del CRFV
Dr. Pasquale Cananzi


Il Responsabile dell'U.O. 7.2
Dr.ssa Claudia La Cava

Il Responsabile del Servizio
Dr. Antonio Lo Presti


Il Dirigente Generale
Dr. Gaetano Chiaro

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO O BIOSIMILARE
A MAGGIORE COSTO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome e nome) _____

Tel. _____

E-Mail _____

Paziente (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____ Sesso M F

Codice fiscale _____ Residente _____

Tel. _____ Regione _____

ASP di residenza _____ Provincia _____

MMG / PLS _____

Diagnosi _____

Farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore prescritto _____

Prima prescrizione

Motivare la prescrizione del farmaco biologico originatore o biosimilare a costo maggiore:

Prosecuzione del Trattamento *

**(in caso di prosecuzione del trattamento non è necessaria la motivazione)*

Durata prevista per il trattamento _____

MMG PLS Reparto D.H. Ambulatorio

Data

Firma e timbro Medico prescrittore